

**EDITAL Nº 2024.13 – ENFERMEIRO GENERALISTA**

**Nº CONVOCAÇÃO:** 1º Convocação

A Santa Casa de Misericórdia de Sobral (Hospital do Coração), por meio do Departamento de Recursos Humanos convoca candidatos(a) aprovados(s) no Edital de Seleção 2024.13 para **ENFERMEIROS(AS) GENERALITA**, para assumir vaga de emprego. O(A) candidato(a) convocado(a) deverá comparecer no período de 28/11/2024 à 29/11/2024, nos horários de 07h30min às 11h00min e de 13h30 às 17h0min.

Salientamos que o candidato que não comparecer no período definido, perderá sua vaga, devendo assim, ser convocado o próximo candidato classificado.

**Local para comparecimento:** Setor de Recursos Humanos do Hospital do Coração

<b>NOME</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
CARLOS ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA	1º CLASSIFICADO(A)
JULIA FERREIRA LAUREANO	2º CLASSIFICADO(A)

Sobral – CE, 27 de novembro de 2024.

**José Carlos Marinho Souza**  
Gerente de R.H da Santa Casa de Misericórdia  
de Sobral (Hospital do Coração)



**ANEXO I**

FORMULÁRIO CHECKLIST PARA ADMISSÃO DE EMPREGADOS				
NOME DO CANDIDATO:	DATA	CARGO DE ADMISSÃO:		
	ADMISSÃO:	QTDE.	DE	STATUS
NOME DO DOCUMENTO		CÓPIAS		STATUS
Certidão de Nascimento e/ou Casamento – (CPF do cônjuge)		02 Cópias		
CTPS (Xerox e Original)		02 Cópias		
Fotos 3X4		01 Cópias		
Registro de Identidade – RG		02 Cópias		
CPF		02 Cópias		
Titulo de Eleitor		02 Cópias		
Carteira do Conselho de Classe		02 Cópias		
Certificado de Reservista ou Certificado de Dispensa (CDI)		01 Cópia		
Comprovante de Residência atualizado		02 Cópias		
Certidão de PIS Ativo (Solicitar junto à Caixa Econômica Federal)		02 Cópias		
Certidão de Antecedentes Criminais		01 Cópia		
Certidão Negativa de Débito do Conselho de Classe		01 Cópia		
Comprovante de Escolaridade		02 Cópias		
Certificado de Cursos Técnico, Graduação e Especialização.		02 Cópias		
Outros documentos que queiram apresentar (Ex. certificado de cursos)		01 Cópias		
Cartão Nacional do SUS (CNS)		02 Cópia		
<b>Cartão de Vacina é obrigatório está atualizado</b>		<b>02 Cópias</b>		
<b>Uso Exclusivo do S.E.S.M.T</b>		Parecer Inicial do		
Validação do Cartão de Vacina		S.E.S.M.T		
HEPATITE B [ ] TÉTANO [ ] COVID 19 [ ]				
Observações: _____				
_____				
_____				
<b>(Quando possuir dependentes: Certidão de Nascimento, CPF, Cartão de Vacina dos filhos até seis anos, Declaração de Colégio de filhos a partir de sete anos).</b>				
Declaro para os devidos fins, que estou ciente que deverei regularizar minha situação vacinal em um prazo de 48 horas, sob pena de cancelamento de minha admissão.				

